

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1928-1929. — N° 113

Contribution à l'étude
de la grossesse interstitielle

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 juin 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN ROY

Né le 18 Novembre 1904, à Dijon



DIJON

IMPRIMERIE DELORME

9, Rue Jacques-Cellerier, 9

—
1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1928-1929. — N° 113

Contribution à l'étude de la grossesse intersticielle

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 juin 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN ROY

Né le 18 Novembre 1904, à Dijon



DIJON

IMPRIMERIE DELORME

9, Rue Jacques-Cellerier, 9

1929

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire.....	M. L. HUGOUNENQ
Doyen.....	M. J. LEPINE
Assesseur.....	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. PIC
Cliniques chirurgicales.....	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER
Clinique ophtalmologique.....	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL
Anatomie.....	BRETIN
Histologie.....	GUIART
Physiologie.....	LATARJET
Pathologie interne.....	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON
Anatomie pathologique.....	FROMENT
Chirurgie opératoire.....	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	FAVRE
Médecine légale.....	PATEL
Hygiène.....	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	Etienne MARTIN
Pharmacie.....	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS
— — Propédeutique et gynécologie.....	CONDAMIN
— — Chimie minérale.....	BARRAL
— — Urologie.....	GAYET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. THÉVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	RHENTER
Chirurgie expérimentale.....	TAVERNIER
Stomatologie.....	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	ROUBIER	CHALIER (André)	DEVIC
TRILLAT	BONNET	CHALIER (Joseph)	GABRIELLE
SARVONAT	RHENTER	NOEL	MANCEAU
FLORENCE (G.)	MAZEL	CHEVALLIER	MARTIN (Joseph)
ROCHAIX	SANTY	DUMAS	ROCHET (Ph.)
CORDIER (V.)	DUNET	DUFOURT	VERTAEIMER
			GATE

M. BAYLE, secrétaire



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VILLARD, Président ; TRILLAT, Assesseur ;
MM. RHENTER et CHALIER A., Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE,
A MA MÈRE,

*Faible témoignage de mon immense
affection.*

A M. le Docteur JOSEPH ROY,
Licencié ès-sciences,
Membre de la Société de Pathologie
comparée
et de la Société internationale des
Recherches pour le Cancer.

A M. le Docteur GABRIEL ROY.

Aux Docteurs MARTHE et MARC
HUMBERT.

A ma sœur MADELEINE,
Licenciée ès-lettres et ès-sciences.
Pharmacienne.

A mes autres sœurs et beaux-frères.

A mes belles-sœurs.

A ma tante

et à mon oncle le Colonel GUILLET,
Officier de la Légion d'Honneur.

A MES AMIS.

A mon Président de Thèse,
M. le Professeur VILLARD,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Professeur de Clinique gynécologique
à la Faculté de Médecine de Lyon.
Chirurgien des Hôpitaux,

A MES JUGES.

A MON MAITRE,
M. le Docteur LECLERC,
Directeur de l'Ecole de Médecine
de Dijon.
Professeur de Clinique chirurgicale.

*En lui exprimant toute notre reconnaissance pour son enseignement si fécond et la bonté qu'il nous a toujours témoignée au cours de notre internat.
Nous lui disons ici notre sincère attachement.*

A M. le Docteur PETITJEAN,
Professeur de Clinique médicale
à l'Ecole de Médecine de Dijon.

Nous ne pourrons jamais assez reconnaître tout ce qu'il a fait pour nous. Nous le prions de croire à notre vive gratitude.

A M. le Docteur GAULT,
Professeur d'histologie
à l'Ecole de Médecine de Dijon.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Nous le remercions de la grande bienveillance qu'il nous a toujours témoignée pendant notre adjuvat d'histologie.

A M. le Docteur MOREL,
Chef de Clinique obstétricale
à la Maternité de Dijon.

*Qui nous a guidé dans ce travail.
Nous lui prodiguons ici nos remer-
ciements.*

A M. le Docteur HUBNER,
Chef de Clinique chirurgicale
à l'Ecole de Médecine de Dijon.

*Il nous a aidé de ses conseils. Nous
tenons à le remercier bien vivement de
l'intérêt qu'il nous a porté.*

A TOUS MES MAITRES
de l'Ecole de Médecine
et de l'Hôpital général de Dijon.

INTRODUCTION

Les symptômes observés permettent-ils de faire préopératoirement le diagnostic de la variété de grossesse ectopique ? Telle est l'une des questions que nous avons l'intention d'examiner en ce qui concerne une des localisations de la grossesse extra-utérine : la grossesse intersticielle.

De plus, à propos du cas particulier rapporté ici, et qu'il nous a été donné d'observer dans le service de notre Maître, M. le Docteur LECLERC, nous verrons qu'il est parfois, même pièce en main, difficile sinon impossible à qui n'a pas l'expérience du « déjà vu », de préciser un diagnostic, alors même que l'attention est manifestement attiré de ce côté. Que des symptômes cliniques aient permis de porter un diagnostic différent de la réalité, c'est là cas journalier et dont il n'y a pas lieu de s'étonner outre mesure ; mais que, au cours d'une intervention, après avoir été aiguillé vers la véritable origine d'accidents jusque là non cataclysmiques bien que sérieux, on n'ait pu reconnaître et situer même avec probabilité la lésion, c'est là, croyons-nous, un exemple beaucoup plus rare dans le domaine qui nous occupe. C'est pourquoi nous avons jugé intéressant d'en faire la base de ce travail. Nous avons également collationné les diverses observations de grossesses intersticielles parmi ces cinq dernières années, et nous en avons profité pour essayer de voir si cette variété de grossesse ectopique présentait des particularités dignes de remarque.

HISTORIQUE

La connaissance de cette variété de grossesse ectopique est de date relativement récente puisque c'est en 1801 que Schmidt en produisit la première observation. En réalité, c'est Mauriceau qui, le premier, la signala par la figure représentée dans le *Traité des maladies des femmes grosses*. Meyer de Bonn créa, dans la suite, l'expression de grossesse intersticielle.

Les auteurs classiques la considèrent comme extrêmement rare. Fabre et Bégouin la disent aussi exceptionnelle que la grossesse ovarienne. Lawson-Tait dénombre 1 grossesse intersticielle sur 100 tubaires. Martin n'en a observé qu'une sur 77 cas de grossesses extra utérines.

Von Schenck, dans sa thèse (1894), sur 610 cas de grossesses ectopiques, n'a trouvé que 14 cas de grossesses intersticielles. Rosenthal, sur 1324 cas, n'en a trouvé que 14, et Rosswinkel n'a pu rassembler dans la littérature médicale, jusqu'en 1897, que 17 cas de grossesses intersticielles avérées.

Delagenière (*Archives de Chirurgie*, 1902) dit que la rareté consacrée par l'opinion universelle n'est qu'apparente et qu'il aurait eu, « dans sa pratique, l'occasion d'enlever plusieurs fois l'utérus contenant, dans son épaisseur, des caillots considérés comme hématomes intersticiels venant de tumeurs malignes dans l'organe ».

Schultze pense que la variété tubo-utérine serait très fréquente et souvent méconnue, précisément en

raison des connexions de l'œuf avec la cavité utérine. Le décollement de l'œuf serait confondu avec un avortement banal.

Quoi qu'il en soit, les observations de grossesses intersticielles deviennent plus nombreuses depuis 1900. Finsterer en rapporte 17 cas de 1904 à 1908. Tuffier, en 1908, en présente deux cas. En 1910, paraissent les rapports de Brunswig-le-Bihan, de Oui, de Bonnaire et de Brac, de Couvelaire et Mouchotte.

En 1914, Lequeux signale 4 cas opérés la même année à la clinique Tarnier et arrive à dénombrer, dans la littérature, 75 cas.

Wyme, dans une analyse de 1547 observations de gestation ectopique, en a trouvé 18 cas.

Enfin, récemment, Guillemin, en 1924, a pu en réunir 20 observations. Et de 1924 à 1929, il en existe dix publications nouvelles dans le *Bulletin d'obstétrique et de gynécologie*.

Il reste, malgré tout, impossible de donner numériquement une idée exacte de la rareté de cette affection ; mais de l'avis de tous les auteurs, sa réputation d'exception demeure.

ÉTIOLOGIE

L'étiologie de la grossesse intersticielle demeure aussi obscure que celle des grossesses extra-utérines en général.

La lésion causale est-elle tubaire, utérine ou ovulaire ?

Il est certain que fréquemment le passé génital des femmes atteintes de grossesse intersticielle comporte des troubles annexiels. Mais alors, il faut admettre que les lésions d'annexité sont uniquement concentrées dans la portion intramurale. L'œuf devra avoir franchi déjà les étapes où il peut, le plus vraisemblablement, rencontrer des obstacles à son parcours.

Wyder a invoqué la présence de petits polypes intra-tubaires.

Lecène et Henrotin ont mis en relief la possibilité du développement de l'œuf dans les diverticules en doigt de gant observés à la suite de salpingite nodulaire et qui siègent tout près de l'insertion utérine de la trompe.

Les lésions utérines endométrites et surtout fibromes de l'ostium peuvent être en cause de même des lésions de l'œuf trop volumineux et se bloquant dans une lumière tubaire exigüe.

Mais toutes ces explications ne satisfont pas tous les cas de grossesses intersticielles et plusieurs observations ont signalé la perméabilité absolue de la trompe et l'absence d'obstacle au niveau de l'ostium.

D'ailleurs, Bland Sutton, Martin, Webster, Paquy admettent la nécessité d'une trompe saine pour qu'il y ait greffe ovulaire.

Citons, enfin, l'opinion de Webster qui trouve dans l'hérédité la cause de la grossesse ectopique par existence d'une caduque tubaire.

OBSERVATION PERSONNELLE

M^{me} E..., 30 ans, entre le 16 décembre 1928 dans le service de notre Maître, le Professeur Leclerc, adressée par son médecin avec un diagnostic d'appendicite.

Elle souffre de la fosse iliaque droite et vomit depuis le matin à 5 heures. On ne note rien d'anormal dans les antécédents héréditaires et collatéraux.

Antécédents personnels : Régée à 11 ans et normalement depuis. Il y a trois ans, une fausse couche à sa première grossesse. Depuis, trois grossesses au cours desquelles la malade a souffert de coliques localisées dans la fosse iliaque droite, mais sans autre symptôme. Les accouchements ont été normaux.

On ne note rien dans les antécédents extragénitaux de la malade.

La malade est enceinte actuellement de quatre mois. Elle n'a jamais été examinée depuis la cessation de ses règles. Depuis le début de sa grossesse, elle souffre de coliques localisées à droite.

Ce matin, à 5 heures, elle a été prise de douleurs violentes siégeant dans la fosse iliaque droite et irradiant un peu dans tout l'abdomen, puis cantonnées uniquement à droite. Elle a vomi et s'est alitée. Il n'y a eu aucun malaise, aucune perte sanguine.

A son entrée à l'hôpital, le 16 après-midi, la température est à 37,7. Le pouls rapide est à 100. Néanmoins, l'état général est excellent. Il n'y a pas de signe d'hémorragie interne.

L'abdomen est augmenté de volume. L'utérus appa-

rait gravis. Le fond utérin est à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

La palpation révèle une défense localisée dans la fosse iliaque droite, mais très difficile à préciser en raison de l'utérus sous-jacent.

On réveille une douleur très vive siégeant plus haut et plus en dehors que le point de Mac Burnay, environ à trois travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure.

La fosse iliaque gauche est sensible, mais il n'y a à son niveau ni douleur vraie, ni défense musculaire.

Les régions ovariennes droite et gauche sont indolores et souples. Il n'y a pas de point douloureux vésiculaire. On ne trouve aucune douleur, aucune défense le long et sous le rebord costal droit. Le creux épigastrique, l'hypocondre et le flanc gauche, les régions lombaires sont normaux.

L'examen des divers appareils ne révèle rien d'anormal.

Le toucher vaginal ne montre aucune sensibilité des culs de sacs.

Le diagnostic clinique porté est celui d'appendicite aiguë. On décide l'intervention immédiate. Elle est pratiquée par M. le Docteur Hubner, le 16, à 4 heures, c'est-à-dire onze heures après le début des accidents.

Anesthésie rachidienne. Incision de Walther. On est frappé par la présence dans le péritoine de sang liquide en abondance. L'examen rapide de l'appendice le montre haut situé et sans aucune lésion. Le cœcum est normal.

On aperçoit l'utérus gravis parfaitement symétri-

que et les annexes droites parfaitement saines. On pense alors à la possibilité d'une grossesse ectopique rompue à gauche.

Fermeture de l'incision iliaque. Laparatomie sous-ombilicale. On passe l'inspection complète des annexes qui sont absolument normales. L'utérus est normalement gravide, symétrique avec quelques varices dilatées au niveau du fond qui est légèrement violacé.

L'exploration du petit bassin ne montre rien. On recherche une perforation vaginale possible, il n'en existe pas. Devant l'énigme de cette hémorragie, on passe à l'exploration du foie que l'on sent absolument normal ainsi que la vésicule qui se vide bien. La rate, très mal sentie, n'est pas volumineuse.

Il n'y a aucune trace de péritonite. On retire du milieu des anses intestinales, examinées avec soin, un gros caillot de sang.

On referme l'abdomen sans drainage.

Le 18 au matin, la température est à 37,4, le pouls bien frappé à 85. Dans la suite, la malade présente un état satisfaisant, quand brusquement, deux jours après le 18, à 20 heures, les symptômes généraux présentent une aggravation menaçante ; on note de l'agitation, un état syncopal marqué, avec pâleur accentuée, extrémités froides. On juge une nouvelle intervention inutile.

L'exitus a lieu dans la nuit.

Autopsie. — Le ventre, à l'ouverture, apparaît rempli de sang. Un fœtus se trouve au milieu des anses intestinales. On se porte immédiatement vers l'utérus. Il présente au niveau de son fond une per-

foration à travers laquelle sort le cordon. On effectue le prélèvement de l'utérus et des annexes.

EXAMEN MACROSCOPIQUE DE LA PIÈCE

L'utérus est volumineux, il mesure en hauteur 15 centimètres, et sa largeur est de 12 centimètres. Il a une forme d'un losange à angles arrondis, l'angle inférieur étant constitué par le col, l'angle supérieur par le sommet du kyste fœtal, et les angles latéraux par les insertions des trompes.

Sa coloration est normale, sauf à la partie supérieure où il existe une teinte rouge foncé qui tient à une infiltration sanguine et à un réseau veineux superficiel excessivement développé. Au pôle supérieur existe une brèche arrondie, de 3 centimètres de diamètre, par où s'échappent, outre des caillots mêlés à des villosités, le cordon attachant au fœtus ; celui-ci mesure 14 centimètres.

La consistance de l'utérus est dure, mais son pôle supérieur est ramolli et crépitant.

L'aspect des annexes ne présente aucune particularité. Les ovaires ne sont pas kystiques. Les ligaments ronds sont symétriques et s'insèrent à un centimètre en avant et au-dessous des trompes.

Une incision de la paroi antérieure, partant du col et se dirigeant vers le sommet, met à découvert deux cavités nettement séparées. La cavité inférieure, qui correspond à la cavité utérine, se continue en bas par le rétrécissement isthmique avec la cavité du col. Elle est tapissée par une muqueuse utérine transformée, épaisse et molle, qui présente toutes les apparences macroscopiques d'un caduque.



Au-dessus de la cavité utérine et séparée d'elle par une cloison musculaire, dont l'épaisseur varie selon les points mais ne reste jamais inférieure à un demi-centimètre, se trouve une deuxième cavité correspondant au kyste ovulaire. La gaine musculaire est complète, cette cavité étant formée par la paroi utérine elle-même en tout point.

Le contenu est fait de caillots et de villosités choriales qui entrent en contact avec la paroi musculaire. Il existe un placenta occupant la plus grande partie de la cavité intramurale. Ses limites sont imprécises.

L'œuf incisé, on constate que toutes ses enveloppes sont complètes et qu'il se présente avec ses caractères habituels.

A la partie supérieure, la paroi musculaire est extrêmement amincie ; elle mesure à peine quelques millimètres d'épaisseur et est sillonnée par de très nombreux vaisseaux. L'amincissement porte sur tout le pôle supérieur. Il est à son maximum, ainsi qu'il était à prévoir, autour de l'orifice de rupture.

L'examen histologique a porté sur les régions de la pièce notifiées dans le schéma ci-contre. Nous le devons à l'obligeance de M. le Docteur Kuhn, professeur d'anatomie pathologique à l'Ecole de Médecine, et l'en remercions vivement ici.

Coupe I. — La paroi de l'œuf, dans sa partie la plus mince (au voisinage de la perforation), comprend de dehors en dedans : le péritoine ; les cellules endothéliales apparaissent formées de noyaux très aplatis, comme étirés.

Sous le péritoine sont les fibres musculaires lisses,

dégénérées. Les fibrilles ont presque partout disparu ; le cytoplasme des cellules est homogène. Les fibres musculaires sont stratifiées. Entre elles se déposent des fibres collagènes d'aspect hyalin. Plus en dedans, le muscle utérin est tapissé par de la fibrine contenant dans ses mailles de nombreuses hématies et des leucocytes. En quelques rares points, les villosités choriales entrent en contact immédiat avec la couche musculaire, mais, en général, elles sont séparées par des lacunes plus ou moins complètement comblées par de la fibrine. Les villosités sont recouvertes par la couche syncytiale continue ; leurs vaisseaux présentent, en certains points, une gaine scléreuse.



Disposition des prélèvements effectués
en fin d'examen histologique

Coupe II. — Le prélèvement intéressant la cloison séparant la cavité utérine de la cavité fœtale

montre, sur la face utérine, l'existence d'une caduque épaisse, avec ses deux couches principales, compacte et spongieuse. Les couches sont infiltrées d'une façon diffuse par de nombreux leucocytes, lymphocytes et polynucléaires. Il existe aussi des lésions d'endo et de périvascularité, plus ou moins prononcées selon les points examinés et quelques vaisseaux thrombosés.

Le muscle apparaît avec ses fibres assez bien conservées, infiltrées de nombreuses cellules inflammatoires (polynucléaires, lymphocytes et plasmocytes). Au fur et à mesure que l'on se rapproche de l'œuf, les cellules musculaires entrent en dégénérescence et leurs faisceaux s'infiltrant de collagène. Puis on retrouve la fibrine et les villosités choriales.

Coupe III. — Dans cette coupe, prise dans la paroi latérale épaisse du kyste fœtale, on ne remarque en profondeur aucune lésion du muscle utérin, si ce n'est une dilation importante des vaisseaux. Les villosités choriales entrent en contact avec le muscle et si, en quelques points, elles en sont séparées par de la fibrine, en certains autres, le contact est immédiat par l'intermédiaire des plaques syncytiales. On peut retrouver quelques-unes de ces plaques généralement altérées mais reconnaissables en plein muscle utérin. Nulle part on ne rencontre de cellules d'aspect déciduel, signalées par certains auteurs.

En résumé, le placenta fœtal entre donc en contact direct avec le muscle utérin qui présente des lésions de dégénérescence se plaçant en profondeur. Il est vraisemblable que la fibrine, qui sépare en

certain points le placenta fœtal du muscle utérin, provient d'hémorragies produites par le décollement de l'œuf. Il existe une caduque utérine complète, mais présentant des lésions inflammatoires des plus nettes. Le muscle utérin lui-même présente un certain degré de réaction inflammatoire avec lésions vasculaires importantes d'époques différentes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La greffe de l'œuf peut se faire en plusieurs points de la trompe intersticielle.

Après Beckmann, on décrit :

1° *Les grossesses tubo-intersticielles* répondant à l'évolution tubaire de la grossesse.

2° *Les grossesses tubo-utérines* où l'évolution de l'œuf se fait vers l'utérus.

3° *Les grossesses intersticielles vraies* qui n'empiètent ni vers la cavité utérine, ni vers la cavité tubaire : c'est la grossesse intramurale de Woerth.

Or, il y a plusieurs variétés de grossesses intramurales. Glassmer les classe en trois types, suivant que la nidation s'est faite.

a) dans la musculature du fond utérin, pouvant lui donner un aspect symétrique ;

b) dans la musculature de la paroi latérale de l'utérus ;

c) dans la portion canaliculaire de la trompe.

Lequeux, donnant une classification plus exacte et actuellement classique, a distingué les grossesses intersticielles :

1° *Canaliculaires* :

a) à *évolution tubaire* ;

b) à *évolution utérine* ;

c) *canaliculaire pure*. Ces dernières ne se rencontrent que dans les formes très jeunes. Elles se rompent rapidement ou bien ont une évolution soit tubaire soit utérine.

2° *Intramurales.*

a) à évolution fundique et c'est ici que notre cas trouve place.

b) à évolution vers la paroi latérale.

Il reste entendu que cette classification n'établit pas de cloison étanche entre les variétés qu'elle distingue et que l'on pourra observer tous les termes de passage entre ces formes anatomiques.

Au point de vue macroscopique, on étudie classiquement les modifications de l'utérus, puis les rapports existant entre les ligaments ronds et les annexes et le kyste fœtal.

Dans la règle, l'asymétrie utérine est marquée. Quand l'œuf se greffe dans la portion utérine de la trompe, il se produit tout d'abord une saillie au niveau d'une corne, saillie qui s'accroît en haut et en dehors. L'ensemble formé par l'utérus et le kyste fœtal est alors caractéristique. Le fond utérin se redresse, verticalisé par le développement du kyste. C'est le signe de Ruge Simon. Les deux cornes ne sont plus placées suivant le même axe horizontal. L'axe qui les joint est oblique et parfois vertical.

Lequeux, Brindeau et Vaudescal signalent toutefois que si cette déformation utérine est évidente dans les grossesses intersticielles récentes, il n'en est plus de même à partir du 4^e mois. L'œuf est alors volumineux, « tient toute la place et l'utérus n'est qu'une annexe refoulée par la tumeur ».

Quant à la cloison séparant le sac fœtal de la cavité utérine, elle peut soit être épaisse de plusieurs millimètres, comme dans notre cas, soit être limitée à la muqueuse. Rarement elle fait défaut.

Du côté des trompes, on note dans la règle la surélévation du point d'insertion de la trompe malade, conséquence logique de la verticalisation du fond utérin. Toutefois, si la tumeur fœtale a aminci la paroi supérieure de la trompe cette position haute peut ne pas exister, le point d'insertion tubaire est refoulé en bas.

Le ligament rond s'insère en général en dehors du sac fœtal. Naegeli et Lequeux l'ont vu, dans quelques cas, s'insérer en bas et en dedans de lui. Dans les cas de grossesses intramurales où l'œuf s'est développé dans la musculature du fond utérin, le ligament rond est situé à la partie inférieure de la tumeur mais il reste en dehors d'elle. Cette disposition existait dans notre observation.

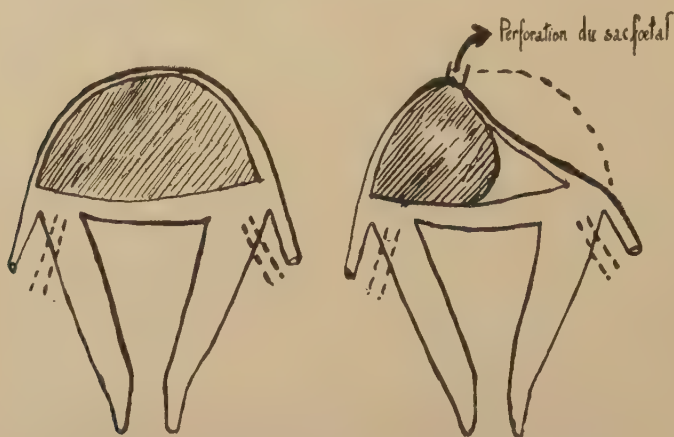
En résumé, il résulte de ces considérations anatomo-pathologique que la symétrie utérine, jointe aux anomalies dans l'insertion de la trompe et du ligament rond devraient rendre formel un diagnostic opératoire de grossesse intersticielle.

Or, dans notre cas, la symétrie parfaite conservée par l'ensemble utérus et tumeur interdisait de le distinguer, en quoi que ce fût, d'un utérus normalement gravide.

Seules les trompes, d'ailleurs parfaitement symétriques par rapport à la ligne médiane, avaient une implantation basse par rapport au fond utérin, lequel bombait au-dessus d'elle uniformément, donnant un aspect comparable aux deux brides qui pendent d'un bonnet.

Les ligaments ronds s'implantaient à quelques centimètres au-dessous du fond utérin comme les

trompes, mais conservaient avec elles des rapports normaux d'insertion.



Constatactions opératoires
(avant la rupture) .

Constatactions après
l'expulsion fœtale

Kreis (*Bulletin d'obstétrique et de Gynécologie*, Novembre 1927) rapporte un cas identique au nôtre quant aux constatations opératoires. L'identité aurait été parfaite si l'acte chirurgical avait été pratiqué avant la rupture. Il s'agit d'une grossesse interstielle rompue de 2 mois. « Le ligament rond, la trompe et le ligament de l'ovaire ne se trouvaient nullement déplacés, ni dans leur ensemble par rapport aux annexes opposées (pas d'asymétrie), ni dans leur rapport topographique réciproque. En faisant l'excision de la corne interine avec la trompe et l'ovaire sans intéresser le ligament rond, nous rencontrâmes dans la fente, sous la paroi antérieure, au-dessus du ligament rond, des villosités jaillissant de l'incision. L'énucléation de la corne terminée, la cavité interne était ouverte et dans l'orifice se

trouvaient des villosités d'apparence séparées par la section de l'œuf et se continuant dans la cavité utérine. Nous fîmes un curettage de la cavité à travers la corne ouverte et nous avons soumis les pièces à une étude histologique, car nous avons pensé à la possibilité d'une grossesse angulaire rompue. Or, les débris du curettage utérin n'étaient que de la caduque. Il n'y avait pas de communication entre l'œuf et la cavité utérine. Il s'agissait d'une grossesse intramurale perforée vers le haut et en voie de perforation vers la paroi antérieure. La lumière de la trompe intersticielle a été trouvée dans la musculature de la paroi postérieure du sac ovulaire, sans communication avec la nidation de l'œuf. » Et M. Kreis conclut : « Au moment même de l'opération, les conditions topographiques furent absolument troublantes et si la rupture n'avait pas eu lieu, la conduite à tenir eût été moins facilement déterminée. »

ANATOMIE MICROSCOPIQUE

Les études de Vaegeli, Bender, Vandescal, Lequeux, ont permis de la préciser. Le kyste est intramusculaire. La gaine musculaire est soit complète, soit incomplète, présentant une ouverture tubaire ou utérine suivant que l'évolution de la grossesse est tubaire ou utérine.

Nous résumons les données histologiques actuelles en nous reportant à l'opinion de Brindeau et Jeanin (*La dystocie*)

« La paroi de la trompe libre et la muqueuse interne ne montrent aucune trace de pénétration ectodermiques fœtales. Il n'y a pas de caduque vraie, et les villosités s'insèrent directement pour la plupart sur le muscle interne. L'essaimage des éléments ectodermiques est très marqué; ce fait explique la facilité avec laquelle la paroi utérine est détruite. »

Couvelaire insiste sur l'amincissement de la paroi au niveau du placenta, fait expliquant le siège presque constant de la rupture à ce niveau.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie s'assimile presque entièrement à celle des grossesses ectopiques banales.

On est en présence de femmes jeunes, à passé génital souvent marqué par des troubles annexiels. Elles peuvent avoir eu antérieurement des grossesses normales, mais le plus-souvent distantes de leur affection actuelle.

Schématiquement, avant les accidents de rupture, on note rarement les signes d'une gravidité normale. Il existe dès troubles menstruels, ménorragies et métrorragies de sang rouge ou plus épais chocolat.

Ils prennent relief quand ils coïncident avec des phénomènes douloureux pelviens. Ces douleurs sont en général unilatéralisées et surviennent par crises espacées.

A l'examen, le volume de l'utérus est augmenté, mais son augmentation est insignifiante et non en rapport avec l'âge présumé de la grossesse.

Il existe, d'autre part, dans le cul de sac latéral, une tumeur rénitente accolée si intimement au corps utérin que la masse d'ensemble donne l'impression d'un utérus asymétrique.

La recherche de l'insertion du ligament rond est en général vaine. Seul Muret prétend l'avoir perçu nettement dans un cas où il put faire ainsi le diagnostic.

Telles sont les constatations qui pourraient permettre à ce moment de soupçonner la grossesse intersticielle. Dans notre cas, la malade avait bien eu

au début de sa gravidité des douleurs pelviennes localisées à droite, mais l'absence d'examen joint à un malheureux hasard a permis à cette grossesse de venir jusqu'à son quatrième mois, période à laquelle toute asymétrie utérine avait complètement disparu. Il n'y avait plus en face du clinicien qu'un utérus gravide de 4 mois.

Or, dans la règle ici, l'évolution vers les accidents classiques de rupture est brève et ne dépasse pas les 3 premiers mois. Dans notre observation, les 4 mois étaient accomplis, Demelin et Rochard l'ont vue se continuer jusqu'à 5 mois, Bar jusqu'à 7 mois, Fruhinsholtz a publié un cas de grossesse parvenue à terme.

Certes, les grossesses intersticielles à évolution secondaire isthmique aboutissent plus souvent à une hématocele rétro-utérine. De même les grossesses à évolution secondaire utérine peuvent ne se terminer que par un avortement utérin banal. Schultse considérerait cette terminaison comme fréquente, mais la preuve est difficile à faire. Notons que certaines observations relatent l'expulsion fœtale dans l'utérus et placentaire dans l'abdomen. Maschka a publié un cas où il y eut expulsion du tronc du fœtus par le vagin, la tête étant tombée dans la cavité abdominale.

Mais dans la règle et de par son siège, la grossesse intersticielle se montre la plus dangereuse de toutes les ectopiques. Elle donnera à son 2^e ou 3^e mois le tableau cataclysmique de l'inondation péritonéale.

Dans presque tous les cas lus par nous, le syndrome fut classique. Dans deux cas publiés dans le *Bulletin d'Obstétrique*, il n'y eut pas de douleur ini-

tiale. Dans notre observation, la malade fut bien prise brusquement d'une douleur abdominale, mais à localisation dans la fosse iliaque droite et il n'y eut aucun signe d'hémorragie interne. L'amorce de rupture s'est produite en marge du syndrome ordinaire, à tel point que cette femme ayant souffert de crises à siège appendiculaire lors de ses grossesses antérieures, son médecin traitant n'hésita pas à porter le diagnostic formel d'appendicite. La symptomatologie appendiculaire se complétait d'ailleurs par une défense musculaire bien localisée à la fosse iliaque droite. Le toucher vaginal enfin ne révélait aucune tumeur annexée à l'utérus, aucune déformation de celui-ci.

Il n'existait enfin aucune douleur au niveau des culs de sac. Le signe de Douglas n'est d'ailleurs noté que dans 3 sur 10 des observations publiées dans le *Bulletin d'Obstétrique* de 1924 à 1929. Guillemin et plusieurs auteurs ont rencontré la douleur excruciante au niveau du cul de sac où bombait la masse ovulaire perforée.

DIAGNOSTIC

Tous les auteurs qui se sont occupés de la question mettent en exergue l'extrême difficulté du diagnostic.

Posé après les accidents de rupture, il perd d'ailleurs tout intérêt pratique, primé par le diagnostic l'inondation péritonéale. Il y a rupture, peu importe sa localisation. Et de fait, dans 10 cas colligés par nous, les diagnostics faits furent tous « grossesse extra-utérine rompue », sans précision quant au siège de la rupture.

Avant toute complication, son intérêt est au contraire énorme. Il se base, outre la symptomatologie fonctionnelle, sur l'examen clinique, c'est-à-dire : 1° Sur les rapports de l'utérus et du kyste et leurs caractères physiques ; 2° Sur la situation du ligament rond par rapport au kyste, signe dont la recherche est rarement possible.

En fait, il présente dans la règle des difficultés insurmontables. On doit l'envisager à propos des autres variétés de grossesses extra-utérines, à propos de grossesses intra-utérines anormales. Enfin, en dehors de toute grossesse, on aura parfois à éliminer des affections utéro-annexielles variées.

Il est certain que la question du diagnostic se pose rarement avec ces dernières. Citons les fibromes latéraux sous-péritonéaux qui peuvent donner au doigt une impression kystique, mais ne sont pas sensibles à la pression. Une salpingite est douloureuse, plus ou moins immobilisée par la réaction péritonéale,

mais on parvient en général à l'isoler de l'utérus. Un petit kyste de l'ovaire tordu prêterait davantage à confusion, en raison de la crise douloureuse brutale à laquelle il donne lieu ; la tumeur perçue est assez grosse, plus limitée, non pâteuse. Il n'y a pas ou très peu d'accidents hémorragiques.

Quant au diagnostic de grossesses intersticielles avec les grossesses extra-utérines de siège différent, l'examen pourra difficilement permettre en général de préciser si c'est le segment interne de la trompe ou sa portion ampullaire qui est le siège de l'ectopie.

Au point de vue pratique d'ailleurs, seul doit être fait le diagnostic de grossesse intra ou extra-utérine. Les vices de position de l'utérus gravide, rétroversion et surtout latéroposition présentent des signes communs avec la grossesse intersticielle. De même le diagnostic avec la grossesse angulaire peut présenter des difficultés insurmontables, difficultés sur lesquelles ont insisté tous les auteurs qui se sont occupés de la question (Mauriceau, Bar, Brindeau, Lequeux, Kustner, Werth, Donnay et Rochat, de Batz, Michel et Duroch, Kreis, Balard). Nous rapportons sur ce point l'avis de M. Balard (*Bulletin d'Obstétrique* 1926).

« La douleur ne nous a jamais paru avoir le caractère du coup de poignard de la rupture tubaire. Ce sont tout au plus les douleurs de l'avortement tubaire plus minime encore et généralement moins latéralisées avec irradiation dans le bas-ventre.

« Les pertes sanguines nous semblent nettement différentes dans les deux cas. Dans la gestation

« ectopique, il s'agit de pertes chocolat. Dans trois
« observations nous avons relevé un suintement
« léger de sang rouge et croyons ce point très impor-
« tant pour le diagnostic. Le suintement sanguin
« n'est pas continu, étant contemporain des douleurs,
« se suspendant quelques jours avec elles ; cela est
« très rationnel puisqu'il traduit le décollement de
« l'œuf sous l'effet des contractions utérines provo-
« quées par les modifications de forme de l'utérus
« tendant à prendre sa forme normale.

« L'examen enfin permet de constater une masse
« de consistance analogue à celle de l'utérus plus ou
« moins soudée à lui, se mobilisant avec lui, sans
« sillon de séparation. C'est là le point le plus délicat.
« Ajoutons que toute modification rapide de forme
« de cette tumeur latérale doit faire pencher pour une
« gestation intra-utérine anormale, la grossesse extra-
« utérine en dehors des accidents de rupture restant
« sensiblement invariable d'un jour à l'autre ».

Lorsque le diagnostic reste insoluble, beaucoup d'auteurs conseillent après expectation et surveillance, si l'hésitation persiste, de faire une laparatomie exploratrice. Sous l'influence de la narcose, l'anneau de contraction qui isole de l'utérus la corne gravide cède et l'utérus reprend sa symétrie. Kreis, Schickelé et différents auteurs ont rapporté des faits analogues.

Mais il y a cependant, exceptionnellement toutefois, des cas où les difficultés de diagnostic persistent une fois la laparatomie faite. Kreis en a rapporté un exemple bien typique (*Obstétrique*, 1927). Il s'agissait d'une femme enceinte de 2 mois, accusant

des douleurs pelviennes vives. Il y avait au niveau d'une corne utérine une tumeur, inséparable de l'utérus et très sensible. Après mise en observation, il n'y avait aucun changement dans l'asymétrie utérine. La laparatomie ne modifia en rien les signes physiques perçus antérieurement. Aucun anneau de contraction ne limitait la tumeur à son insertion utérine. Bien plus, il existait une asymétrie très nette des trompes et le ligament rond était latéral, en dessous de la tumeur. Les constatations ordonnant de conclure à une grossesse interstitielle, l'excision fut pratiquée. Il s'agissait, en réalité, d'une grossesse angulaire.

On voit que, très difficile dans la règle, le diagnostic peut présenter des difficultés insurmontables, et notre observation vient largement étayer cette conclusion.

TRAITEMENT

Les indications opératoires de la grossesse intersticielle dans les cas d'exception où elle peut être reconnue formellement avant les accidents de rupture se confondent avec celles des autres variétés de grossesses ectopiques et relèvent de l'aphorisme de Woerth : « Toute grossesse extra-utérine doit être opérée immédiatement comme une tumeur maligne ».

Mais dans la règle, l'indication opératoire est fournie par les accidents classiques communs à toutes les grossesses ectopiques et non par le diagnostic de localisation intersticielle fait en pratique après laparatomie.

Plusieurs procédés d'intervention entrent alors en rang.

Greffé de Bellecombe, dans sa thèse (Paris 1911), rapporte les idées de Ségond : « Toute grossesse intersticielle rompue relève de l'opération de Porro, de l'hystérectomie supra-vaginale ou totale. »

On a pratiqué des interventions conservatrices. Rappelons pour mémoire le procédé aveugle proposé par Kelly et Welster. Ayant constaté par la laparatomie le siège exact de la tumeur fœtale ils interviennent par voie intra-utérine en effondrant le septum séparant la cavité utérine du sac.

De l'avis des auteurs qui se sont occupés de la question du traitement ; il ressort que les seuls procédés conservateurs auxquels on peut s'adresser sont au nombre de deux :

1° *L'incision du sac fœtal*, suivie de suture après avoir établi une communication entre la cavité utérine et la cavité fœtale, opération pratiquée avec succès par Engstroem (Engstroem Centr. Gyn. 1896), puis Tyller, Bland Sutton, Martin.

2° *La résection de la corne*, comme l'a proposé Lequeux dans le *Bulletin d'Obstétrique* de 1911. Lequeux ajoute : « Quitte à compléter par une opération plus radicale si un incident opératoire, hémorragie, ouverture de la cavité interne, ne permet pas de conserver l'utérus ».

En terme de conclusion, nous nous bornerons à donner à ce sujet l'avis de MM. Cotte et Latreille. (*Bulletin d'Obstétrique*, 1925).

« Les interventions conservatrices semblent cependant conseillées avec quelques restrictions, du fait de certains risques, tels que ouverture de la cavité utérine, danger que peut apporter une suture de l'utérus au cours d'une grossesse ultérieure, risques qui paraissent maintenant de peu d'importance si l'on en juge par les nombreuses interventions conservatrices telles que les myomectomies pratiquées de façon courante actuellement.

« Il n'est pas douteux que chez une femme jeune, n'ayant pas encore eu de grossesse, il faudrait s'efforcer de réaliser une intervention conservatrice et pratiquer de préférence la résection de la corne si elle paraît possible. »

Corroborant cette opinion, Fruhinsholtz et Job rapportent (*Obstétrique*, 1926) l'observation d'une grossesse interstitielle opérée en 1922 par Hamant, l'acte opératoire ayant consisté dans la résection de

la tumeur fœtale comprenant le tiers supéro-externe droit de l'utérus. La malade eut l'année suivante une grossesse terminée, il est vrai, par un avortement jeune. Mais une nouvelle grossesse survenue 2 ans après se termina par un accouchement spontané et une délivrance normale.

En résumé, si la grossesse est jeune, on pourra, en tenant compte des réserves précédemment faites, tenter une opération conservatrice. Mais si la grossesse est opérée à un stade plus avancé, seule l'hystérectomie subtotale paraît indiquée.

CONCLUSIONS

I. — La grossesse interstitielle, et en particulier l'intramurale, est une des variétés les plus rares de la grossesse ectopique.

II. — Rien, dans l'évolution clinique (sauf la rupture précoce) ne peut faire porter, avec probabilité de succès, le diagnostic précis de sa localisation.

III. — L'interrogatoire pourra orienter vers le diagnostic de grossesse extra-utérine mais à une période avancée, le toucher paraît impuissant à fournir une précision (utérus gravide, symétrique, sans lésions annexielles). Seules, les douleurs à l'examen sont à retenir.

IV. — La rupture peut être brutale ou précédée de fissuration minuscule comme dans les autres localisations. Elle peut se faire dans l'utérus, dans le péritoine ou dans les deux à la fois.

V. — Avant la rupture, si on se trouve au cours d'une intervention en face d'une grossesse interstitielle jeune (1 à 3 mois) l'asymétrie de l'utérus et celle de l'insertion des ligaments ronds ou des trompes permettra le diagnostic.

VI. — Si la grossesse a dépassé cet âge, l'utérus a repris une forme symétrique et même, pièce en main, le diagnostic apparaît très épineux. Seule l'insertion des trompes, constatée non de chaque côté du fond utérin mais sur les parois latérales, à une plus ou moins grande distance du fond, per-

mettra à un chirurgien, prévenu dans ce sens, de déterminer la lésion en cause.

VII. — Au début d'une grossesse interstitielle, le traitement pourra consister dans la résection cunéiforme. Plus tard, seule l'hystérectomie doit être envisagée.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu :

VILLARD.

LE DOYEN,

J. LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 28 Mai 1929.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

BIBLIOGRAPHIE

- LAPONITE ET SACUTO. — *Grossesse intersticielle rompue.*
- DESIOUBRY. — *Deux observations de grossesse intersticielle.*
- COTTE ET LATREILLE. — *Grossesse intersticielle traitée par l'hystérectomie* (Bulletin d'Obstétrique 1925, n° 9).
- PERY, BOURSIER ET MANGI. — *Grossesse tubo-interstitielle rompue* (Obs. mai 1926).
- BALARD. — *Trois observations de grossesses intra-utérines pouvant simuler une grossesse ectopique* (B. d'Obstétrique 1926, n° 7).
- JOB. — *Accouchement spontané à terme après résection d'une corne utérine par grossesse intersticielle* (B. d'Obstétrique 1926, n° 4).
- LAPOINTE ET SACUTO. — *Grossesse intersticielle rompue.* (Soc. de Chirurgie 1928).
- PHANEUF. — *Deux observations de grossesse interstitielle rompue* (Obstétrique 1926).
- KREIS. — *Grossesse intersticielle et grossesse angulaire* (Obstétrique 1927).
- BRINDEAU. — *La Dystocie* (1927).
- GUILLEMIN. — *Grossesse intersticielle rompue* (Soc. Obs. 1924).
- GREYFIE DE BELLECOMBE. — *Etude de la grossesse tubaire intersticielle* (Th. Paris 1914).
- LEQUEUX. — *Un cas de grossesse intersticielle rompue* (Soc. obst. Paris 1914).
- LEQUEUX. — *A propos de quelques cas de grossesse intersticielle.* (L'Obstétrique 1911).
- JOB ET HAMANT. — *Un cas de grossesse intersticielle* (Soc. obst. 1923).
- DELAGENIÈRE. — *De la grossesse tubo-utérine ou intersticielle* (Arch. prov. Chir. 1902).
- BRINDEAU. — *Un cas de grossesse intersticielle* (Soc. Obstétrique 1910, p. 370).
- BONNAIRE ET BRAC. — *A propos d'un cas de grossesse intersticielle* (Soc. Obstr. 1910).
- WAEGLI. — *Grossesse intersticielle* (Rev. de Gynecol. 1814-15, T. 23).
- VANDESCAL. — *Contribution à l'étude de la grossesse intersticielle* (Th. Paris 1919).

